**County of Fresno**

DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH

SUSAN L. HOLT

DIRECTOR OF BEHAVIORAL HEALTH

PUBLIC GUARDIAN

**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**acerca de su solicitud de tratamiento**

Date

Name of Person Served Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

RE: Service requested

Name of requestor ha pedido al Plan de Salud Mental del Condado de Fresno (FCMHP) que apruebe Service requested. No podemos aprobar este tratamiento conforme a lo solicitado. Esto es debido a Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action;and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity

En su lugar, aprobaremos el siguiente tratamiento: Service or service length approved.

Usted puede apelar esta decisión si piensa que es incorrecta. El aviso de información «Sus derechos» adjunto le indica cómo hacerlo. También le informa dónde puede obtener ayuda relativa a su apelación. Esto también significa que puede contar con asistencia jurídica gratuita. Le recomendamos que, junto a su apelación, envíe cualquier información o documento que le ayude con dicha apelación. El aviso de información «Sus derechos» adjunto le informa acerca de los plazos que debe seguir cuando solicite una apelación.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de las directrices, los protocolos o los criterios quehemos utilizado. Para solicitarlas, llame a FCMHPal 1-800-654-3937.

Si actualmente recibe servicios y desea continuar recibiéndolos mientras tomamos una decisión con respecto a su apelación, deberá solicitar una apelación en el plazo de diez días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en que los servicios terminen o se reduzcan, de acuerdo con su plan de salud mental.

FCMHP puede ayudarle con cualquier duda que tenga con respecto a este aviso. Puede contactarse con FCMHP las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-800-654-3937. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al número 711 de TTY/TTD para ponerse en contacto con California Relay Service, que se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si desea recibir este aviso y/u otros documentos de FCMHP mediante un formato de comunicación alternativo, como por ejemplo una fuente más grande, sistema Braille o formato electrónico, o si necesita ayuda para leer los materiales, contacte con FCMHPllamando al 1-800-654-3937.

Si FCMHP no le ayuda a satisfacer sus necesidades y/o requiere ayuda adicional, la oficina de atención administrada de Ombudsman puede asistirle con cualquier pregunta que tenga. Puede llamar a la oficina de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. PST (salvo los días festivos), al 1-888-452-8609.

Este aviso no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

Name of "Decision-Maker"

Title of "Decision-Maker"

Direct Line of "Decision-Maker"

Anexos: NOABD «Sus derechos»

Asistencia lingüística

Aviso contra la discriminación para el beneficiario

SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan de Salud Mental del Condado de Fresno (FCMHP) en un formato de comunicación alternativo como letra grande, Braille o un formato electrónico, o, si desea ayuda para leer el material, por favor comuníquese con FCMHP llamando al 1-800-654-3937.

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA ACERCA DE SU SALUD MENTAL O EL TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE EL FCMHP.**

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene **60 días a partir de la fecha** de esta carta de "Notificación de Determinación Adversa de Beneficios" para presentar una apelación. **Si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar recibiéndolo, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** a partir de la fecha de esta carta O antes de la fecha en que FCMHP advierte que los servicios se suspenderán. Cuando presente laapelación, usted debe establecer que desea seguir recibiendo tratamiento.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento con una apelación escrita y firmada. El FCMHP le proporcionará asistencia gratuita si necesita ayuda.

* Para apelar por teléfono: contacte a FCMHP las 24 horas del día, 7 días a la semana llamando al 1-800-654-3937. O, si tiene problemas para oír o hablar, llame al número 711 de TYY/TDD para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California.
* Apelar por escrito: rellene un formulario de apelación o escriba una carta a FCMHP y envíela a:

Fresno County Mental Health Plan

P.O. Box 45003

Fresno, CA 93718-9886

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. FCMHP también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo o puede pedirle a alguien como un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado que presente la apelación por usted. Esta persona se llama "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que quiera que FCMHP revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente al que tomó la primera decisión.

FCMHP tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, recibirá una carta de "Aviso de Resolución de la Apelación". Esta carta le dirá lo que el FCMHP ha decidido. **Si no recibe una carta con la decisión del FCMHP en un plazo de 30 días, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso**. Lea la siguiente sección para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

**APELACIONES ACELERADAS**

Si cree que esperar 30 días puede perjudicar su salud, puede obtener una respuesta en 72 horas. Cuando presente su apelación, diga por qué la espera perjudicará su salud. Asegúrese de pedir una "**apelación acelerada".**

**AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Aviso de Resolución de la Apelación" diciéndole que el FCMHP no prestará los servicios, o **nunca recibió una carta informándole de la decisión y ya han pasado 30 días,** puede solicitar una "audiencia estatal" y un juez revisará su caso. Usted no tendrá que pagar por una audiencia estatal.

Debe solicitar la audiencia estatal en un plazo de **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Aviso de resolución de la apelación".

**Cambios temporales en los plazos de solicitud de audiencia estatal justa**

Si el plazo de 120 días se produce entre el 1 de marzo de 2020 y el final de la emergencia de salud pública del COVID-19, se están permitiendo hasta 120 días adicionales para solicitar una audiencia estatal(es decir, el plazo inicial de 120 días más otros 120 días adicionales, para un total de 240 días).

Puede solicitar una audiencia estatal por teléfono, electrónicamente o por escrito:

* Por teléfono: Llame al **1-800-952-5253**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
* Electrónicamente: Puede solicitar una audiencia estatalen línea. Por favor, visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: [https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx](about:blank)
* Por escrito: Rellene un formulario de audiencia estatalo envíe una carta a:

**California Department of Social Services**

**State Hearings Division**

**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37**

#### *Sacramento, CA 94244-2430*

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y la razón por la que desea una audiencia estatal. Si alguien le ayuda a solicitar una audiencia estatal, añada su nombre, dirección y número de teléfono al formulario o carta. Si necesita un intérprete, por favor indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después que pida una audiencia estatal, podría tomar hasta 90 días para decidir su caso y enviarle una respuesta. Si cree que esperar tanto tiempo perjudicará su salud, podría obtener una respuesta dentro de 3 días hábiles. Puede pedirle a su proveedor o a FCMHP que escriba una carta por usted, o puede escribirla usted mismo. La carta debe explicar en detalle cómo el esperar hasta 90 días para que se decida su caso perjudicará seriamente su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad. Luego, solicite una **"audiencia acelerada"** y entregue la carta con su solicitud de audiencia.

**Representante autorizado**

Puede hablar usted mismo en la audiencia estatal, o alguien como un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informar a la oficina de audiencias estatales que esa persona va a hablar por usted. Esta persona se llama "representante autorizado".

## **ASISTENCIA LEGAL**

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de asistencia jurídica de su condado al 1-888-804-3536.

#### AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. El Plan de Salud Mental del Condado de Fresno (FCMHP) sigue las leyes federales y estatales de derechos civiles. El FCMHP no discrimina, excluye otrata a las personas de forma diferente.

El FCMHP proporciona:

* Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:
* intérpretes cualificados de lenguaje de signos
* información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
* Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
* intérpretes cualificados
* información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede comunicarse con el FCMHP las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-800-654-3937. O, si no puede oír o hablar bien, marque 711 para comunicarse con el Servicio de Relevo de California, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN**

Si usted cree que el FCMHP no ha brindado estos servicios o que ha discriminado de otra manera en base al sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual o cualquier otra base protegida por las leyes de derechos civiles federales o estatales, puede presentar un reclamo por discriminación ante el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California - Oficina de Derechos Civiles. Puede presentar una reclamaciónpor teléfono, por escrito o por correo electrónico:

* Por teléfono: Llame al **1-916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **TTY/TDD 711.**
* Por escrito: Rellene un formulario dereclamaciones, o escriba una carta y envíela:

**Office of Civil Rights**

**Department of Health Care Services**

**P.O. Box 997413, MS 0009,**

**Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de reclamacionesestán disponibles en [https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures](about:blank)

* Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov.

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una reclamaciónde derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o electrónicamente:

* Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
* Por escrito: Rellene un formulario de reclamacióno envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services**

**200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F, HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

Los formularios de reclamacionesestán disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

* Electrónicamente: Visite el portal de reclamacionesde la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.



**Fresno County Mental Health Plan**

**Language Assistance Taglines**

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call [1-800-654-3937] (TTY: [711]). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ [1-800-654-3937]   
(TTY: [711]). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ [1-800-654-3937]   
(TTY: [711]). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք [1-800-654-3937] (TTY: [711])։ Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ` Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր։ Զանգահարեք [1-800-654-3937] (TTY: [711] Այդ ծառայություններն անվճար են։

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ [1-800-654-3937] (TTY: [711])។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ [1-800-654-3937] (TTY: [711])។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 [1-800-654-3937]   
(TTY: [711])。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 [1-800-654-3937] (TTY: [711]) 。这些服务都是免费的。

**(Farsi) مطلب به زبان فارسی**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با [1-800-654-3937] (TTY: [1-800-654-3937]) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با [1-800-654-3937] (TTY: [711]) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो [1-800-654-3937]   
(TTY: [711]) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। [1-800-654-3937] (TTY: [711]) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は [1-800-654-3937] (TTY: [711])へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 [1-800-654-3937] (TTY: [711]) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 [1-800-654-3937] (TTY: [711]) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. [1-800-654-3937] (TTY: [711]) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ [1-800-654-3937] (TTY: [711]). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ   
[1-800-654-3937] (TTY: [711]). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux [1-800-654-3937]   
(TTY: [711]). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ [1-800-654-3937]  
(TTY: [711]). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ [1-800-654-3937] (TTY: [711]).  
ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру [1-800-654-3937] (линия TTY: [711]). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру [1-800-654-3937] (линия TTY:  
[711]). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al [1-800-654-3937]   
(TTY: [711]). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al   
[1-800-654-3937] (TTY: [711]). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa   
[1-800-654-3937] (TTY: [711]). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Libre ang mga serbisyong ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข   
[1-800-654-3937] (TTY: [711]) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข [1-800-654-3937] (TTY: [711]) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Ці послуги безкоштовні.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số   
[1-800-654-3937 (TTY: [711]). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số [1-800-654-3937] (TTY: [711]). Các dịch vụ này đều miễn phí.